

Incontinence urinaire de l'adulte

Orientation diagnostique

Pr Philippe Grise, Dr Geoffroy Pasquier
Service d'urologie, CHU Rouen, 76032 Rouen Cedex
philippe.grise@chu-rouen.fr

Objectifs

- **Devant une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**

DÉFINITION

L'incontinence urinaire est définie comme une perte involontaire d'urines par le méat urétral. Le terme de fuites d'urines recouvre aussi les pertes d'urines s'extériorisant par le vagin (fistule vésico-vaginale, malformation de type abouchement ectopique d'uretère surnuméraire en aval du sphincter).

On distingue principalement 2 types d'incontinence urinaire :

- l'incontinence d'effort, qui survient à l'occasion d'une élévation de la pression abdominale (effort de toux, soulèvement de charge, etc.). Elle n'est pas précédée d'une sensation de besoin d'uriner ;
- l'incontinence par impériosités : les fuites d'urines sont précédées par un besoin urgent et irrépressible d'uriner. Ce besoin brusque et difficilement maîtrisable est défini par le terme d'« urgenturie » (s'intégrant dans un syndrome d'hyperactivité vésicale) ;
- l'incontinence urinaire mixte, qui associe une incontinence par effort et une incontinence par « urgenturie » ;
- rare est l'incontinence par regorgement, qui est due à une rétention chronique complète avec globe vésical.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET IMPACT PSYCHOSOCIAL

La prévalence globale de l'incontinence urinaire chez la femme est évaluée à 35 %, elle augmente avec l'âge (20 % avant 30 ans et 46 % entre 51 et 70 ans). L'incontinence urinaire d'effort est légèrement plus fréquente que l'incontinence par impériosités, mais dans un tiers des cas, il existe une incontinence urinaire mixte.

Environ 12 % des femmes sont gênées sur le plan social, professionnel ou psychologique, ce qui représente en France plus de 3 millions de femmes qui justifieraient une prise en charge thérapeutique, mais seulement 30 % des patientes en parlent à leur médecin.

L'incontinence urinaire constitue donc un véritable enjeu en termes de santé publique, d'autant que chez le sujet âgé c'est une cause de mise en institution, de dégradation morale et physique.

L'incontinence avec urgences mictionnelles a un impact psychosocial sur la qualité de vie plus important que l'incontinence urinaire d'effort.

Chez l'homme, l'incontinence survient plus tardivement, à partir de la soixantaine, du fait des pathologies prostatiques et neurologiques mais la prévalence est la même à 80 ans que pour la femme, bien que des signes obstructifs associés soient plus fréquents.

PHYSIOPATHOLOGIE

Chez la femme, il existe une fragilité anatomique de la région sphinctérienne et périnéale du fait d'un urètre court, de tissus de soutien fortement sollicités, de l'ouverture vaginale qui fragilise le périnée.

Deux mécanismes prédominants peuvent être en cause, isolés ou associés.

1. Incontinence urinaire d'effort pure

Elle est liée à une insuffisance des forces de résistance cervico-urétrale face à l'augmentation de pression abdominale. Les principales causes sont :

- l'hypermobilité urétrale, par atteinte du système de soutènement du col vésical et de l'urètre formant un mécanisme de contre-appui tissulaire sous-urétral-cervical (hamac de De Lancey qui est en continuité avec le fascia pelvien). La pression à l'effort n'entraîne plus d'occlusion par écrasement du canal, celui-ci est trop mobile et descend de façon plus ou moins apparente. L'augmentation brutale de la pression abdominale qui se transmet à la vessie n'est plus compensée par un mécanisme de pression et d'occlusion urétrale, il apparaît des fuites d'urine ;

– le déficit sphinctérien par altération du sphincter strié, et à un degré moindre du sphincter lisse (col vésical sous contrôle α -adrénergique). Il est démontré que le nombre de fibres musculaires diminue avec l'âge et la multiparité, les interventions au voisinage du sphincter peuvent aussi être une cause d'altération.

Ces deux mécanismes peuvent être la conséquence d'une hyperpression sur les tissus due aux antécédents obstétricaux (le premier accouchement est déterminant, surtout si le travail est difficile, puis la multiparité), à la pratique sportive intense (athlétisme), aux efforts répétés de constipation ou de toux chronique. L'altération tissulaire peut aussi être due à une carence estrogénique, à une obésité, à une prédisposition familiale.

2. Incontinence urinaire par impériosités

Les besoins impérieux (ou urgence mictionnelle ou urgenturie) peuvent être isolés mais souvent s'associent à une pollakiurie (fréquence importante des mictions) diurne ou nocturne. Ils peuvent être tels que le sujet ne peut plus se retenir et a une incontinence (liée à une contraction vésicale) par urgenturie. L'hyperactivité vésicale (*overactive bladder* pour les Anglo-Saxons) correspond à cette entité clinique. Des contractions non susceptibles d'inhibition de la vessie peuvent être mises en évidence au bilan urodynamique (hyperactivité du détrusor) mais c'est inconstant.

Les principales causes sont :

- une stimulation non neurologique de la paroi vésicale par une anomalie des récepteurs de la sensibilité et/ou de la motricité. Chez le sujet âgé, il existe des néojonctions entre les cellules musculaires du détrusor qui amplifient la transmission intercellulaire ;
- une cause neurologique médullaire ou cérébrale avec altération de la voie inhibitrice de contrôle du détrusor (paraplégie, tétraplégie, maladie de Parkinson, sclérose en plaques...).

Néanmoins, devant de tels symptômes, il faut éliminer en premier lieu une cystite d'origine bactérienne.

Par la suite, en dehors d'un contexte clinique évocateur, il faudra rechercher d'autres causes d'irritation vésicale (tumeur urothéliale, infection tuberculeuse ou parasitaire, calcul vésical, cystite radique, cystite interstitielle, chimiothérapies, épine irritative régionale...).

Si aucune cause formelle n'est retrouvée, le terme d'hyperactivité vésicale idiopathique est retenu, si une origine neurologique est incriminée, c'est une hyperactivité neurologique.

3. Incontinence urinaire par regorgement

Le sphincter laisse passer l'urine qui provient d'une vessie en permanence pleine avec pression élevée.

Elle peut être due à un obstacle sous-vésical serré (compression urétrale extrinsèque ou sténose cervicale), ce qui est rare chez la femme, ou à un défaut de contractilité vésicale par neuropathie périphérique (diabète, alcoolisme) ou section neurologique traumatique ou chirurgicale.

Chez l'homme

Les deux mécanismes prédominants peuvent être un déficit sphinctérien (lésion due à une chirurgie prostatique) ou une hyperactivité vésicale (réaction de la vessie qui lutte en amont d'un obstacle sous-vésical incomplet, ou cause neurologique).

DIAGNOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE CHEZ LA FEMME

Examen clinique

Le but de l'examen clinique est de déterminer le mécanisme d'apparition des fuites urinaires, d'en préciser l'importance, d'évaluer le retentissement psychosocial qu'elles engendrent. L'examen clinique doit par ailleurs rechercher des facteurs de risque et d'éventuelles lésions associées.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

■ La démarche clinique est le point important à bien faire ressortir, ...

...car il y a vraiment deux grandes entités d'incontinence urinaire chez la femme dont la démarche ultérieure est très différente pour les examens complémentaires et pour la démarche thérapeutique.

Il est possible que la question soit restreinte à l'incontinence urinaire d'effort pure dans une première partie puis que, dans une deuxième partie, il apparaisse une récurrence quelques années après une rééducation mais que cette récurrence ait l'expression d'une incontinence urinaire mixte. L'on doit alors rechercher les causes

possibles d'impériosités et surtout ne pas méconnaître une cause organique vésicale, comme une tumeur ou un calcul, ainsi qu'une cause neurologique ; cependant, les hyperactivités vésicales idiopathiques par simple anomalie des récepteurs de la sensibilité vésicale sont fréquentes.

Une incontinence par urgence, sans notion d'effort, survenant chez une jeune femme peut être la cause révélatrice d'une sclérose en plaques dont 10 % des cas se révèlent par une manifestation urinaire.

La question peut aussi être orientée chez

le sujet âgé : les facteurs de déficience de trophicité des tissus avec l'âge peuvent en être la cause, mais il faut aussi penser à rechercher une altération de la voie neurologique centrale inhibant le centre médullaire sacré parasympathique du détrusor (rechercher un antécédent de paralysie, de Parkinson). Les facteurs aggravants constitués par les médicaments, la difficulté d'accessibilité aux toilettes sont à mentionner. L'altération forte de la qualité de vie est réversible, avec la prise en charge thérapeutique qui repose, en première intention, sur un traitement médical par les parasympatholytiques.

1. Interrogatoire

Il est fondamental. Il peut être difficile, car les signes décrits par la patiente peuvent être imprécis. C'est pourquoi les questions doivent être simples et posées sans ambiguïté.

Il faut d'abord s'enquérir de l'ancienneté de l'incontinence et de son évolution, des différents moyens thérapeutiques éventuellement déjà mis en œuvre.

✓ **Définir les circonstances d'apparition des fuites urinaires** : les circonstances qui provoquent la fuite orientent vers le mécanisme de l'incontinence.

Les fuites à l'effort surviennent inopinément, lors des efforts qui augmentent la pression abdominale (toux, éternuement, rire, course, port de charge, passage en orthostatisme), sans besoin préalable. Cette fuite en jet, brève, assez puissante, est contemporaine de l'effort déclenchant et cesse avec lui. Avec le temps, les fuites apparaîtront pour des efforts de moins en moins importants, lors de la marche par exemple. L'incontinence d'effort survient essentiellement le jour (des fuites peuvent survenir la nuit pendant des quintes de toux par exemple).

Les fuites par impériosités sont caractérisées par l'impossibilité de retenir ses urines malgré la contraction volontaire du sphincter strié. Elles surviennent lors d'un besoin soudain, d'emblée urgent, et persistant, la patiente n'ayant pas le temps d'atteindre les toilettes, surtout s'il existe un handicap associé, en particulier chez la personne âgée. Il arrive souvent que ces urgences mictionnelles soient déclenchées par l'audition ou le contact de l'eau, ou lors de l'introduction des clés dans la serrure. L'exposition au froid peut également favoriser l'apparition d'urgenterie. Ce type d'incontinence peut survenir le jour et/ou la nuit. Certaines patientes, par précaution, modifient leurs habitudes mictionnelles en allant uriner très souvent, pour éviter ces urgences mictionnelles, simulant ainsi une pollakiurie.

✓ **Apprécier l'importance des fuites** : elle est difficile à évaluer. On demande à la patiente si cette incontinence nécessite le port de protection. Si oui, en permanence ? ou bien occasionnellement ? Quel type de protection doit-elle porter (protège-slip, serviettes, couches) ? Cette protection doit-elle être changée ? Combien de fois par jour ? La protection est-elle légèrement humide ou franchement mouillée ?

✓ **Les symptômes urinaires associés** sont :

- la pollakiurie qui peut s'intégrer dans le tableau d'hyperactivité vésicale. Mais elle peut être psychogène (pollakiurie de précaution pour prévenir la fuite) ;
- la dysurie, qui est un symptôme rarement évoqué par la patiente, car souvent peu gênant. Elle doit faire évoquer une possible obstruction uréthro-vésicale, secondaire à un prolapsus par exemple ;

- des éventuelles brûlures mictionnelles, des épisodes de cystite plus ou moins récents ou des cystalgies, qui doivent être précisés.

✓ **Évaluer le retentissement psychosocial** : l'inconfort de la patiente dépend de l'importance des fuites mais aussi de la façon dont ces fuites sont ressenties. Toutefois, l'incontinence par urgenterie a un impact psychosocial plus important que l'incontinence d'effort.

POINTS FORTS

à retenir

- **L'incontinence urinaire d'effort pure ou mixte est prédominante chez la femme.**
- **La prévalence globale de l'incontinence urinaire chez la femme est évaluée à 35 %, mais seulement 30 % des patientes en parlent à leur médecin.**
- **Chez l'homme, il faut toujours penser à un obstacle prostatique, penser à des mictions par regorgement et rechercher un globe vésical.**
- **L'examen clinique est prédominant dans l'analyse d'une incontinence chez la femme, l'interrogatoire est structuré, l'examen physique objective la fuite.**
- **Il n'est pas recommandé de faire un examen urodynamique d'emblée en cas d'incontinence urinaire d'effort pure. Une rééducation peut être prescrite au décours de l'analyse clinique, complétée par ECBU ou bandelette urinaire.**
- **En cas d'impériosités (urgenterie), rechercher une éventuelle cause intravésicale (tumeur, lithiase) par échographie ou mieux par cystoscopie, rechercher aussi une cause neurologique.**
- **Un bilan urodynamique doit être réalisé avant une intervention chirurgicale pour incontinence urinaire.**

Il est parfois utile de s'aider de questionnaires standardisés d'évaluation et de retentissement sur la qualité de vie, et d'y associer un calendrier mictionnel sur trois jours pour étudier le comportement mictionnel de la patiente.

✓ **Préciser d'éventuels antécédents** médicaux ou chirurgicaux :

- antécédents obstétricaux (nombre d'enfants, type d'accouchement, poids du premier bébé, difficultés obstétricales, incontinence pendant ou après la grossesse) ;
- antécédents gynécologiques (ménopause, traitement hormonal substitutif, hystérectomie) ;
- troubles urinaires dans l'enfance ;
- constipation chronique, incontinence anale ;
- toux chronique ;
- prise médicamenteuse (diurétiques qui majorent la pollakiurie, psychotropes) ;
- activité sexuelle (fuites d'urine lors des rapports).

2. Examen physique

La patiente est examinée en position gynécologique.

✓ **Objectiver la fuite à l'effort** : on demande à la patiente, vessie pleine, de tousser de manière répétitive. Ce n'est parfois qu'après plusieurs essais que l'on voit jaillir du méat urétral un jet plus ou moins puissant. On recherche dans le même temps une hypermobilité urétrale. Parfois il faut remplir la vessie (si elle est vide) ; enfin, certaines fuites ne s'objectivent que la malade en position debout.

Pour étudier l'effet d'un repositionnement du col vésical et d'un soutènement sous-urétral, la manœuvre de Bonney est effectuée : elle consiste à refouler vers le haut le cul-de-sac vaginal antérieur, sans comprimer l'urètre, au moyen de deux doigts ou à l'aide d'une pince entrouverte, positionnés de chaque côté de l'urètre. Cette manœuvre est positive lorsqu'elle supprime les fuites à la toux.

✓ **L'examen gynécologique** : l'inspection initiale apprécie l'état du périnée, de la distance ano-vulvaire, de la trophicité vulvo-vaginale avec parfois aspect de béance vulvaire. L'inspection se poursuit par l'étude des différents étages intervenant dans la statique pelvienne à l'aide de valves vaginales. Les éléments d'un prolapsus pelvien antérieur, moyen ou postérieur, sont analysés et quantifiés au repos, et lors d'efforts de poussée. L'existence d'un prolapsus peut empêcher l'extériorisation des fuites urinaires (incontinence masquée), il faut donc rechercher à nouveau une incontinence urinaire après avoir réintégré le prolapsus.

✓ **Le testing musculaire** est un temps important. Il est réalisé avec deux doigts intravaginaux recourbés en crochet vers le bas pour prendre contact avec les muscles releveurs. Il est demandé à la patiente de faire un effort de retenue (un gaz p. ex.). Le résultat est coté de 0 à 5, depuis l'absence de contraction perceptible jusqu'à la contraction vigoureuse, soutenue et plusieurs fois répétée.

En cas de doute sur une origine neurologique, il est recommandé de tester la sensibilité périnéale (vulve, marge anale), la contraction anale, le réflexe clitorido-anal.

À l'issue de l'examen clinique, il doit être possible d'affirmer la fuite (en cas d'incontinence urinaire d'effort), d'en préciser l'importance et le retentissement, ainsi que les troubles associés, et d'avoir une orientation sur le mécanisme incriminé.

Examens complémentaires

✓ **Un examen cyto bactériologique des urines** (ECBU) est recommandé, il peut être remplacé par une bandelette urinaire.

Les autres examens sont réalisés uniquement selon l'orientation de l'examen clinique.

✓ **Le bilan urodynamique** n'est pas réalisé de manière systématique. Il est indiqué si le mécanisme de l'incontinence est incertain, en cas de symptomatologie d'hyperactivité vésicale, avant toute chirurgie, et en cas de suspicion de pathologie associée, neurologique par exemple.

Il n'est pas recommandé en première intention pour traiter une incontinence urinaire d'effort pure par rééducation.

Il comporte une débitmétrie, puis l'évaluation du résidu post-mictionnel, une urétromanométrie (pression du sphincter urétral) et une cystomanométrie (étude de la sensation de besoin lors du remplissage, la stabilité de la vessie lors du remplissage, la capacité vésicale, la contractilité du détrusor, la compliance vésicale).

✓ **Les autres examens** peuvent être :

– si les troubles mictionnels sont dominés par des signes irritatifs (urgenterie, pollakiurie), il faudra éliminer une pathologie endo-vésicale comme une tumeur, un carcinome in situ, une lithiase vésicale, une tuberculose. Une échographie vésicale ou si possible une cystoscopie, des cytologies urinaires pourront être demandées ;

– en cas de dysurie, une mesure de résidu par échographie est souhaitable ;

– la cystographie avec clichés pré-, per- et post-mictionnels est rarement demandée, sauf chez le patient de neurologie pour apprécier le degré d'ouverture du col et du sphincter, rechercher un reflux vésico-urétéral.

Principes thérapeutiques

1. Incontinence urinaire d'effort

✓ **La rééducation périnéale** doit être le traitement de première intention. Elle est réalisée par des kinésithérapeutes ou des sages-femmes spécialisés dans ce type de rééducation. Elle doit permettre un meilleur apprentissage de la contraction périnéale, et permet un bon renforcement du plancher pelvien. L'utilisation de plusieurs techniques (manuelle, bio-feed back, électrostimulation) semble plus efficace que celle d'une seule, avec un rythme de une à deux séances par semaine sur un total de 10 à 15 séances. Le taux de guérison est d'environ 50 % mais les résultats peuvent se dégrader avec le temps.

En cas de carence hormonale, une estrogénothérapie locale sera instituée en complément pour améliorer la trophicité tissulaire et sphinctérienne.

✓ **Le traitement chirurgical** de l'incontinence urinaire d'effort est indiqué en cas d'échec de la rééducation : il consiste à placer une bandelette synthétique sous l'urètre par voie vaginale avec une fixation par un prolongement rétropubien (TVT) ou au travers du trou obturateur vers la racine de la cuisse (TOT : Trans Obturateur Tape). Cette technique est efficace (plus de 85 % de guérison), rapide, avec une hospitalisation courte (1 à 2 jours). La bandelette est juste posée sous l'urètre, pour assurer un soutien. Les complications possibles sont rares, à type de dysurie voire rétention (bandelette trop tendue ou vessie hypocontractile), d'hyperactivité vésicale induite par la bandelette, d'érosion vaginale en regard de la prothèse (rare).

Les techniques dites mini-invasives (TVT-TOT) ont bouleversé la prise en charge chirurgicale de l'incontinence d'effort féminine, les techniques par voie abdominale (colposuspension rétropubienne, fronde sous-cervicale) n'étant quasiment plus réalisées.

D'autres techniques mini-invasives sont plus rarement pratiquées, telles les injections intra-urétrales de collagène, car les résultats sont moins bons et diminuent avec le temps.

En cas de déficit sphinctérien important, d'échec de la rééducation et d'une bandelette, un sphincter artificiel peut être proposé. Il consiste à implanter une manchette gonflée autour de l'urètre reliée à un réservoir placé en sus-pubien et dont le remplissage est commandé par une pompe située dans une grande lèvre. La continence est retrouvée dans 90 % des cas mais un risque d'érosion urétrale ou d'infection du matériel est possible dans 5 à 10 % des cas.

2. Incontinence urinaire par impériosités

✓ **Le traitement médicamenteux** est le traitement de première intention de l'hyperactivité vésicale avec ou sans fuite. Il repose

sur les parasympatholytiques anticholinergiques (oxybutynine, chlorhydrate de trospium, toltérodine, solifénacine). Il diminue la précocité et l'amplitude des contractions vésicales et retarde le besoin impérieux. Ces médicaments sont contre-indiqués en cas de glaucome à angle fermé, de myasthénie, et majorent le risque de rétention urinaire et d'occlusion intestinale. Les effets secondaires augmentent avec la posologie et l'âge : bouche sèche, constipation, risque de désorientation chez la patiente âgée ou le parkinsonien qui fait recommander le trospium, car il ne passe pas la barrière hémato-encéphalique.

✓ **La rééducation périnéale** comporte une thérapie comportementale (reprogrammation mictionnelle suivie sur calendrier mictionnel) ainsi que bio-feedback et électrostimulation. Au renforcement de l'activité du sphincter urétral s'ajoute un mécanisme réflexe inhibiteur sur le détrusor.

✓ **En cas d'échec du traitement médical**, d'autres thérapeutiques récentes sont possibles comme la neuromodulation des racines sacrées (la stimulation régulière de la racine S3 peut diminuer l'excès de stimulation sensitive de la vessie). Une électrode est placée au contact d'une racine S3, reliée à un électrostimulateur situé sous la peau.

Les injections intradétrusoriennes de toxine botulique ont une efficacité parfaitement établie dans les vessies hyperactives neurogènes rebelles aux anticholinergiques avec une continence de plus de 80 % sur une durée moyenne de 9 mois. Dans les hyperactivités idiopathiques, les modalités ne sont pas encore établies et l'indication est hors AMM.

✓ **La chirurgie d'agrandissement vésical** (entérocystoplastie consistant à mettre un patch d'anse intestinale sur la face supérieure de la vessie) permet d'augmenter la capacité vésicale, de diminuer la pression intravésicale et l'amplitude des contractions vésicales désinhibées. Elle est efficace, mais c'est un geste de dernier recours pour des cas bien sélectionnés.

DIAGNOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE CHEZ L'HOMME

L'incontinence chez l'homme nécessite une analyse clinique proche de celle de la femme mais l'examen périnéal recherche, par le toucher rectal, une hypertrophie prostatique ou une induration.

Un obstacle est recherché en premier, surtout en cas de dysurie, et il est utile d'avoir une débitmétrie, ainsi qu'une mesure de résidu (par échographie) et, le cas échéant, une échographie prostatique et de l'appareil urinaire. Un bilan morphologique radiologique (urétrographie rétrograde et mictionnelle), endoscopique (urétrocystoscopie) et urodynamique est souvent demandé.

Un éventuel obstacle doit être traité en premier, car celui-ci peut avoir un retentissement sur la vessie et les reins ; l'incontinence est traitée ensuite, ou en même temps.

La rééducation, les médicaments parasympatholytiques, le sphincter artificiel (pompe dans le scrotum) ont les mêmes bases thérapeutiques que chez la femme. ■

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Des mictions impérieuses sont toujours de cause neurologique.
- 2 La manœuvre de Bonney consiste à contracter le périnée lors d'un effort.
- 3 Un bilan urodynamique n'est pas nécessaire pour prescrire une rééducation périnéale.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'incontinence urinaire est une perte d'urine en dehors du méat urétral.
- 2 Un globe vésical peut être une cause d'incontinence.
- 3 Une incontinence mixte est une incontinence urinaire et fécale.

C / QCM

L'incontinence urinaire d'effort a les caractères suivants :

- 1 Un défaut de soutien par le hamac sous-urétral peut en être la cause.
- 2 La pratique sportive diminue le risque d'incontinence.
- 3 Le nombre de grossesses est le facteur obstétrical le plus important.
- 4 Avec l'âge, il existe une diminution des fibres du sphincter strié urétral.
- 5 L'impact sur la qualité de vie est plus important que dans l'incontinence par impériosité.

Réponses : A : F, F, V / B : F, V, F / C : 1, 4.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

► **Recommandation pour la pratique clinique : Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale**
Paris : ANAES, mai 2003.

► **The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries**
Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss D
(BJU Int 2004; 93:324-30)

► **Third International Consultation on Incontinence**
Abrams P et al.
Paris: Editions 21 and Health publication Ltd, 2005.